LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2026.

Mes	AGOSTO

Nombre	María Esperanza Saldaña Moya
RUT	[redacted]
Profesión	[redacted]
Departamento	Personas Mayores
Programa Social	Atención integral y cuidado 2026 -2027
Período del Contrato	01/01/2026-31/12/2026
Actividad Genérica	Gestor Técnico Comunitario
Actividad Especifica	Gestión y ejecución de los procesos para generar redes de protección y apoyo para personas mayores en condición de fragilidad.

Actividades efectuadas en el mes:

Participación en reuniones técnicas, destinadas a comunicar y gestionar con el equipo de trabajo las acciones y casos que requieren un manejo en conjunto.
Ejecutar talleres grupales orientados a estimular las habilidades de la comunicación e interacción y actividades cognitivas grupales.
Evaluar de manera integral a cada usuario que ingresa al centro de día, con el fin de conocer su nivel de funcionalidad.
Elaborar cuadernillos cognitivos, para distintos niveles de desempeño cognitivo.
Realizar reevaluaciones anuales.
Gestión de casos e intervención familiar
Participación jornada el Buen envejecer agosto 2026

Firma prestador de los servicios	Mesperanza

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

El jefe del Departamento de Personas Mayores, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr. **María Esperanza Saldaña Moya**, RUT: [redacted] dio cabal cumplimiento durante el mes **Agosto de 2026,** a la prestación de servicios a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo al respectivo contrato a honorarios, con cargo al Programa **Atención integral y cuidado 2026-2027**.

Asimismo, apruebo el presente informe mensual de actividades realizadas para el cumplimiento de la prestación de servicios objeto de su contratación, el que fue revisado en forma exhaustiva por el suscrito, siendo toda la responsabilidad -con carácter de excluyente-, de este supervisor, ya sea que esta se origine en la ejecución de la prestación de servicios conforme al contrato; en la fidelidad del contenido del Informe Mensual del mes de **Agosto** de **2026**; de todos los antecedentes que se acompañan por el servidor a honorarios; así como en la correcta verificación de que el contenido de dicho informe es de completa autoría de la/el Sra./Sr. **María Esperanza Saldaña Moya**

Nombre Jefe de Departamento	Sra. Angelina Alba P.
Firma y timbre Jefe de Departamento	MUNICIPALIDAD DE LAS CONDES DEPARTAMENTO DE PERSONAS MAYORES DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO

MUNICIPALIDAD DE LAS CONDES
DIRECTOR DE DESARROLLO COMUNITARIO

V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO

Las Condes, AGOSTO (mes) de 2026 (año)